



DISTRICT OF COLUMBIA

OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

《哥伦比亚特区全州评估医疗豁免表》

说明：本表用于核实、记录和批准学生在全州评估期间因有文件证明的医疗状况或紧急事件而获得豁免的情况。必须满足以下医疗条件，学生才可免于参加州评估。

医疗紧急情况只限于有生命危险或严重疾病或受伤的学生。此表并非为所有居家或住院学生提供专用豁免；此表只适用于在测试时经医生确认病重而无法参加测试的学生。全州评估的医疗紧急情况豁免应仅按个案情况进行批准。对医疗紧急情况进行界定，旨在仅对那些因病重而无法进行测试的学生进行豁免。获批“2021-22 学年，进行远程学习 COVID-19/冠状病毒医疗同意书和证明”的特例学生不能自动免于测试。此类学生必须提交此份“哥伦比亚特区全州评估医疗豁免表”以供批准。有文件证明的医疗状况或紧急情况而未获批测试医疗豁免的学生，应亲身参与所要求的全州评估。当地教育局 (LEA) 和学校应为这些学生亲自参加测试提供合理便利条件。

以下列理由申请测试豁免，需提交一份完整的医疗豁免表和一份由学生治疗医生签署的声明。该声明必须：

1. 描述病情或特殊治疗的性质；以及
2. 确认该病情或特殊治疗自初期便已严重阻碍学生获得教育服务的能力，或学生身体过于脆弱而无法参加全州评估。

测试诚信协调员：测试监督员和/或学校负责人必须在测试的第一天之前向测试诚信协调员提交填写好并签名的医疗豁免表。收到表格后，LEA 测试诚信协调员必须审查收到的信息是否完整，并移交给州教育厅长办公室 (OSSE)。OSSE 会向 LEA 发布最终裁定。LEA 需将信息存档至少四年。由于意外事件可导致紧急情况发生，所有 LEA 必须确保在全州评估时间窗口最后一天后的 10 个工作日内将医疗豁免表格和随附医生签名提交给 OSSE。LEA 必须经 [OSSE Support Tool](#) 这一文件上传工具将这些信息提交给 OSSE。

OSSE 可能要求 LEA 提供有关学生医疗豁免请求的文件。被豁免的学生将不计入学校或 LEA 的问责制计算人数。豁免只对申请当年有效。该表格必须包括一份由学生的治疗医生或精神病医生签署的声明，才会被视为有效的豁免文件。无有效签名的递交文件可能被视为对测试安全表格的虚假证明，为违规行为。此外，表格上所有字段都必须填写完整、正确且可读，学生才会被认定有资格获得医疗豁免。



《全州评估医疗紧急情况豁免表》

LEA 需经 OSSE Support Tool 文件上传工具向 OSSE 提交填写完整并经核实的表格。

请填写以下表格：

第 1 节：学生信息	
LEA 名称或代码：	学校名称或代码：
学生姓名：	学生唯一学生标识码 (USI)：
学生年级：	哥伦比亚特区全州评估： <input type="checkbox"/> PARCC 英语语言艺术/读写 <input type="checkbox"/> MSAA 英语语言艺术 <input type="checkbox"/> Alternate ACCESS <input type="checkbox"/> PARCC 数学 <input type="checkbox"/> MSAA 数学 <input type="checkbox"/> ACCESS for ELLs <input type="checkbox"/> DC Science <input type="checkbox"/> Dynamic Learning Maps (DLM)
第 2 节：缺勤解释（由学生家长或法定监护人填写并签字）	
受伤/患病日期：	受伤/疾病描述：
家长签名：	签名日期：
第 3 节：医师/精神病医生诊断（由持有执照的医师或精神病医生填写并签字）	
医师/精神病医生名字：	执业名称：
地址（街道，城市，州，邮编）	
主要诊断：	学生免于评估的日期：
医师/精神病医生声明： 我特此确认，_____（学生姓名）缺席评估为医生建议，因为患有危及生命的疾病或有医疗紧急情况。我的签名证明我已对本表所述的学生进行了检查，并证明该学生不能参加测试。	
医师/精神病医生签名：	签名日期：
第 4 节：学校和 LEA 核实	
测试诚信协调员和测试监督员必须在将此表提交给 OSSE 之前核实本表的完整性和准确性。该填妥表格的原件必须保存于学校档案。	
测试监督员姓名：	
测试监督员签名：	日期：
测试协调员姓名：	
测试协调员签名：	日期：
OSSE 工作人员签名：	日期：